

ПАРАЛИЗА НА РАМЕННИЯ СПЛИТ – ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Йоана Браткова¹, Любка Кръстева², Светлозар Стойков¹

¹Катедра „Здравни грижи“, Филиал Велико Търново,
Медицински университет – Варна

²МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ АД, Велико Търново, ОАГ

PARALYSIS OF THE BRACHIAL PLEXUS – MONITORING A CLINICAL CASE

Yoana Bratkova¹, Lyubka Krasteva², Svetlozar Stoykov¹

¹Department of Health Care, Veliko Tarnovo Affiliate, Medical University of Varna

²Stefan Cherkezov Hospital, Maternity Ward

РЕЗЮМЕ

Парализата на брахиалния плексус е една от най-често срещаните родови травми на новороденото. Причините за настъпване на тази травма се дължат на пелвиофетална диспропорция, едър плод, преципитирано раждане, раменна дистокия.

Целта на настоящото проучване е да се проследи състоянието на дете с парализа на пл. brachialis тип Duchenne-Erb, обективно да се оцени степенята на възстановяване и да се изготви план за адекватна и навременна грижа.

Материал и методи: Използвана е медицинска документация на Отделението по акушерство и гинекология към МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ АД – ИЗ на майката и новороденото. Приложен е документален метод.

Резултатите показват, че при умела акушерска намеса, навременна оценка на травматичното състояние, адекватна физиотерапия и рехабилитация и подходящо обучение на майката, парализата на раменния сплит от горен тип се повлиява положително, като постепенно се възстановява моторната и двигателна функция на засегнатия крайник.

Ключови думи: парализа на брахиалния плексус, клиничен случай, родова травма, акушерска интервенция

ABSTRACT

Brachial plexus birth palsy is the most common birth trauma of newborn babies. Reasons for the occurrence of this kind of trauma include pelvic fetal disproportion, macrosomia, precipitate labour, shoulder dystocia.

The purpose of the study is to trail the status of the child with Duchenne-Erb's palsy, to estimate the degree of recovery and to prepare a plan for adequate and timely care.

Materials and Methods: Medical documentation of Stefan Cherkezov Hospital's Maternity Ward was used (documental method).

The results showed that adequate midwife care, timely score of the traumatic status, relevant physiotherapy and rehabilitation and proper training of the mother influenced positively the paralysis, the motor function of the upper limb was gradually recovered.

Keywords: brachial plexus birth palsy, clinical case, birth trauma, obstetric intervention

ВЪВЕДЕНИЕ

Парализата на *plexus brachialis*, или така наречената акушерска парализа, е една от най-често срещаните родилни травми от страна на новороденото. На всеки 1000 раждания в Европейския съюз две водят до някаква степен на увреда на раменния сплит. Разграничават се три типа увреждане на брахиалния сплит. С най-голяма честота се наблюдава парализа от горен тип – Duchenne-Erb, която засяга сетивни и моторни гръбначно-мозъчни клончета, изходящи от ниво C5-C6, цервикален дял на гръбначния мозък. При долен тип – Déjerine-Klumpke, са увредени изходящи коренчета от ниво C7-Th1. При тотален тип – Kerer, е засегнат целият сегмент C5-Th1. Степента на увреждане варира – от невропраксия (прерязване на нервното коренче), през неврома (разкъсване на отделни нервни фибри), руптура (частично прекъсване на изходящия нерв), до авулзия (пълно прекъсване на ниво съответен коренчев сегмент).

Причините за настъпване на тази травма са породени от пелвео-фетална диспропорция, раменна дистокия, едър плод, преципитирано раждане. Често се наблюдава при седалищно предлежание със заметната ръка. При всички тези случаи е нарушен и усложнен нормалният механизъм на раждане на раменния пояс и се наблюдава различно по степен травмиране на раменния сплит и околните тъкани поради силно екстензиране на шията за освобождаване на главата. В по-голяма част от случаите увреждането е в лека степен, като при 80% от получените травми след правилно проведена терапия настъпва пълно възстановяване. Лечението на тази родилна травма предполага комбиниране на медикаментозна терапия, рехабилитация и физиотерапия. От изключително значение за възстановяване на детето е започването на рехабилитация още в родилно отделение, подходящо обучение на майката и адекватно и компетентно акушерско поведение.

Целта на настоящото проучване е да се проследи състоянието на дете с парализа на раменния сплит горен тип Дюшен-Ерб. Обективно да се оцени степента на възстановяване съобразно проведените терапевтични мероприятия. Да се изготви план за адекватна и навременна акушерска грижа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Използвана е медицинска документация на Отделението по акушерство и гинекология към МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ АД, гр. Велико Търново за 2018 година. Приложен е документален метод.

Резултатите показват, че при адекватна акушерска намеса, навременна и точна оценка на травматичното състояние, физиотерапия и рехабилитация, проведени в оптимални срокове и подходящо обучение на майката, парализата на раменния сплит тип Дюшен-Ерб се повлиява положително. Постепенно се подобрява инервацията на мускулатурата и се възстановяват двигателната и сетивна функции на засегнатия крайник.

Раменната дистокия е една от най-честите причини за поява на парализа на раменния сплит. В случай на раменна дистокия предното рамо се закача над симфизата и не може да се роди раменният пояс след прилагане на класически похвати. За да се преодолее това състояние, се прилагат специфични прийоми. Сред най-използваните са супрапубичен натиск и похват на МакРобъртс с последващо раждане на задното рамо. При 60% от случаите на раменна дистокия, впоследствие е установена парализа от тип Дюшен-Ерб.

В наблюдавания клиничен случай е налице парализа на *pl. brachialis* тип Duchenne-Erb на ляв шиен сегмент. Касае се за новородено по нормален механизъм в 38 г.с., с тегло 3660 г, ръст – 50 см, обиколка на глава – 35,5 см. Новороденото е доносно от женски пол, трето по ред на 38-годишна майка, с две предходни нормални раждания. По време на раждането настъпва раменна дистокия, която налага изваждане на бебето чрез метода на МакРобъртс.

Непосредствено след раждането лявата ръка е в характерна за наблюдаваното състояние позиция – отпусната, висяща, с намален мускулен тонус, аддуцирана и пронирана в раменна става, екстензирана в лакътна става. Непълен е рефлексът на Моро, наличен е слаб хватателен рефлекс. Наблюдава се оток в областта на лява раменна става. При палпация на раменната кост и ключицата липсват крепитации, проведената рентгенография на хумерус доказва липса на нарушения на костната цялост.

След консулт с физиотерапевт е проведено витаминолечение, вливане на глюкозни разтвори, лечебен масаж. Назначени са пасивна ЛФК, проприорецептивно нервно-мускулно улесняване (ПНМУ), позиционна терапия.

Статусът при изписване е: добро общо състояние, добър общ мускулен тонус, асиметричен рефлекс на Моро в ляво. Наличен е хватателен рефлекс, подобрени са активните движения в раменната става, липсващи такива в лакътната, ръката е в пронация.

Непосредствено след изписването майката продължава да прави масаж и пасивна гимнастика три пъти дневно по показана от кинезите-рапевт методика, прилага позиционна терапия.

Седмица по-късно постъпват за лечение в детско отделение на УМБАЛ Плевен. Месец след проведеното лечение детето може да отвежда активно ръката в раменната става, мускулният тонус е подобрен. Все още са затруднени супинацията и флексията в лакътната става.

ИЗВОДИ

Лечението на парализата на раменния сплит несъмнено изисква специфично и продължително лечение, което не засяга компетентностите на акушерката, но доброто познаване на спецификата на тази родилна травма, както и съблюдаване на правилен модел на поведение в грижата за майката и бебето са изключително важни за ранното възстановяване.

В първите дни след раждането най-сериозна е опасността от атрофия на мускулите на засегнатия крайник, както и вероятността от допълнително травмиране на увредените нервни влакна, поради заемане на неправилна позиция на ръката.

Има **три основни стъпки**, които е добре акушерката да познава.

Първа стъпка:

На първо място това е в каква позиция трябва да се постави засегнатата ръчичка. Ръката не трябва да се повива и фиксира до тялото, не се допуска ръката да виси по време на хранене, докато детето спи или се носи на ръце. Желателно е под мишницата да се поставя навита на руло пелена. Правилното положение на увредената ръка е отведена на 90° в раменната става, флектирана в лакътната става, с длан, обърната към главата на детето.

Втора стъпка:

Борба с атрофията. Нежните мускули на новороденото при нарушена инервация, ако останат неподвижни, атрофират изключително бързо. Достатъчни са едва няколко дни с липсващо движение, за да атрофират мускулите на засегнатата ръка. Това изключително затруднява процеса на възстановяване. Важно е още в първите дни, веднага след като отокът на травмираните

тъкани спадне, да се прилага пасивна гимнастика и масаж. Подобреното периферно кръвообращение на увредените тъкани стимулира трофика, профилактира атрофията и осигурява нормален обем на движение в ставите.

Трета стъпка:

Цели подпомагане и обучение на майката в особеностите на грижите за новородено, с парализа на раменния сплит. Необходимо е съдействие за преодоляване на първоначалния стрес. Важно е да се отдели необходимото време и внимание за обучение за кърмене, обличане, къпане, носене и поставяне в подходящи позиции при бодърстване и сън, масаж и гимнастика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Парализата на раменния сплит днес все още е сред най-честите родилни травми на новороденото. Въпреки добрата акушерска практика и адекватна намеса в хода на раждането, при редица случаи тя не може да бъде предотвратена. Нужна е отлична екипна работа на медицински специалисти в различни направления за преодоляване последиците и възстановяване на увреденото на раменния сплит. Акушерката като част от този екип и бидейки специалистът, който в първите дни след раждането е най-близо до майката и новороденото, трябва да притежава необходимата компетентност, професионализъм и умения в грижата за новородено с травма на *pl. brachialis*. Такъв подход гарантира успешно лечение и бързо възстановяване.

Адрес за кореспонденция:
Йоана Браткова, студентка
Филиал на Медицински университет – Варна
ул. „Михаил Кефалов“ 2
Велико Търново
e-mail: Vitalitis2007@abv.bg
тел. 0885 350 337